TRAITEMENT HATIF

DES SUITES D'ACCIDENTS

PAR LA

MÉCANOTHÉRAPIE ET LES AGENTS PHYSIQUES

NÉCESSITÉ ET AVANTAGES

D'après un millier d'observations cliniques.

(Congrès d'Alger 4-10 avril 1909.)

PAR

le Dr **COURTAULT**
Dir. de l'Institut de Mécanothérapie de Paris.

et

le Dr **PILET**
Médecin-chef du Service des Accidents.

Extrait de la *Médecine des Accidents du Travail.*
(Tome VIII. — Janvier 1910.)

BUREAUX
DE *LA MÉDECINE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL*
ET DES *TABLETTES MÉDICALES MOBILES*
32, Rue N.-D.-des-Victoires, 32
PARIS

COURTAULT
&
PILET

TRAITEMENT HATIF

DES SUITES D'ACCIDENTS

TRAITEMENT HATIF

DES SUITES D'ACCIDENTS

PAR LA

MÉCANOTHÉRAPIE ET LES AGENTS PHYSIQUES

NÉCESSITÉ ET AVANTAGES

D'après un millier d'observations cliniques.

(Congrès d'Alger 4-10 avril 1909.)

PAR

le Dr **COURTAULT**
Dir. de l'Institut de Mécanothérapie de Paris.

et

le Dr **PILET**
Médecin-chef du Service des Accidents.

Extrait de la *Médecine des Accidents du Travail.*
(Tome VIII. — Janvier 1910.)

BUREAUX
DE *LA MÉDECINE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL*
ET DES *TABLETTES MÉDICALES MOBILES*
32, Rue N.-D.-des-Victoires, 32
PARIS

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

36957
Cyclar Cb.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	welMOmec
Coll. No.	pam
	WE 168
	1910
	C86t

TRAITEMENT HATIF

DES SUITES D'ACCIDENTS (1)

par la mécanothérapie et les Agents physiques. Nécessité et avantages.

D'après un millier d'observations cliniques.

(*Congrès d'Alger 4-10 avril 1909.*)

PAR

le Dr **COURTAULT** et le Dr **PILET**

Dir. de l'Institut de Mécanothérapie de Paris. — Médecin-chef du Service des Accidents.

La *mécanothérapie*, introduite en France par le Dr VERMEULEN et l'un de nous, il y a quelque dix années, n'y est devenue vraiment classique, ou à la mode, que ces dernières années, avec BERGER, LAGRANGE, REDARD, CALOT, DOYEN, MENCIÈRE, etc. Cependant elle est professée ex-cathedrâ, en Suède, depuis près d'un demi-siècle, et pratiquée couramment, depuis vingt années, en Allemagne, où elle a donné des résultats tels, qu'il existe aujourd'hui bien peu de centres industriels allemands et qu'il n'est pas de ville de quelque importance qui ne soient pourvus d'une ou plusieurs installations mécanothérapiques complètes, actuellement au nombre de plus de trois cents, contre une vingtaine à peine chez nous. Si, en effet, ce mode de traitement est devenu une précieuse ressource dans un grand nombre de maladies chroniques, notamment dans la plupart des manifestations de la diathèse arthritique, c'est principalement dans les suites fonctionnelles d'accidents, qu'il est d'une application particulièrement pratique et

(1) Voir, sur le même sujet, un premier article du Dr COURTAULT, dans le tome II de la *Médecine des Accidents du Travail* : année 1904, p. 10-20.

qu'il donne les résultats les plus sûrs et, souvent, les plus brillants.

De même que c'est à la suite de l'application, en Allemagne, de la Loi sur les accidents du travail (1888), que la mécanothérapie y a été introduite, de même c'est peu après l'adoption par la France d'une Loi analogue (1898), que s'est fait sentir la nécessité de ce moyen de traitement, nécessité à laquelle ont donné satisfaction la création, en 1901, de l'Institut de Mécanothérapie de Paris, pour le traitement des suites d'accidents du travail, puis, les années suivantes, l'installation de ses filiales dans les principales villes de France.

Depuis lors, nombreux sont les blessés qui ont bénéficié de ce traitement et qui, aujourd'hui, travaillent dans les mêmes conditions qu'avant leur accident, grâce à un rétablissement fonctionnel complet du membre blessé; et, en se plaçant à un autre point de vue, on ne saurait méconnaître l'importance des avantages qu'en ont retirés les Compagnies d'assurances qui ont su l'utiliser avec fruit, c'est-à-dire avec méthode, réalisant de ce fait des économies considérables par la réduction des indemnités et des rentes à servir aux blessés des accidents du travail. Des statistiques à cet égard seraient intéressantes à consulter : nous ne saurions dire si elles ont été établies par d'autres que par nous en France, mais elles existent pour l'Allemagne, car, en parcourant le compte rendu des travaux du Congrès de Milan, nous relevons ce qui suit, dans le Rapport officiel présenté par M. Bædeker, *Président de l'Office Impérial des Assurances contre les accidents du travail*

« Depuis 1892, on a constaté une proportion beaucoup plus élevée de « guérisons complètes ou partielles dans les suites d'accidents : en « 1888, la proportion des blessés dont le traitement dépassait vingt « semaines, était de 50 % avant l'application du traitement mé« thodique des accidents ; en 1893, après l'application de la mécano« thérapie, cette proportion est tombée à 20 %. »

Dans son Rapport sur l'atténuation des accidents du travail, présenté au Congrès de Paris en 1900, le Dr Roques donne une statistique plus favorable encore et constate que les résultats obtenus en Allemagne sont dus particulièrement à la mécanothérapie.

Il n'en saurait être autrement en France, où, comme partout ailleurs, le traitement par la mobilisation méthodique, aidé du massage manuel et, au besoin, de l'électricité, hâte l'époque de la consolidation de la blessure, tout en rendant au blessé le maximum de capacité de travail compatible avec la nature de la lésion. Toutefois, ces résultats ne sont pas aussi avantageux et pour le blessé et pour le patron qu'ils pourraient, qu'ils devraient l'être.

L'effet du traitement étant d'autant plus rapide que celui-ci a été employé plus tôt, le blessé et le patron ont tous deux intérêt à ne pas en retarder l'application. C'est cependant le contraire qui se produit le plus souvent, non du fait de la victime, qui s'y refuse rarement, mais par insouciance de la Compagnie responsable, qui ne se préocupe pas assez de procurer à son blessé tous les moyens de traitement qui lui sont nécessaires, soit que son médecin ne la renseigne pas d'une manière assez précise sur les suites probables de l'accident, soit qu'elle attende du temps la réparation spontanée de l'impotence fonctionnelle du blessé.

C'est là une erreur fréquente et très préjudiciable aux intérêts des Compagnies elles-mêmes. Pendant des semaines et des mois elles laissent le blessé — une fois la guérison anatomique obtenue — se remettre peu à peu des suites fonctionnelles de l'accident, supposant que les raideurs articulaires, les rétractions cicatricielles, l'atrophie des muscles, etc..., vont disparaître d'elles-mêmes. Or ces semaines et ces mois d'un repos complet, pendant lesquels l'ouvrier perd l'habitude de l'atelier et l'aptitude au travail, se traduisent par un laps de temps, plus considérable encore, qu'il faudra consacrer au traitement nécessaire pour guérir, non seulement les suites directes du traumatisme, mais aussi les conséquences de cette inaction prolongée, pendant laquelle raideurs, atrophies et rétractions n'ont fait que s'accentuer davantage.

*
* *

Si les Compagnies étaient bien pénétrées de l'utilité qu'il y a d'entreprendre aussi promptement que possible le traitement de ces suites d'accidents, elles ne conserveraient plus aussi longtemps les blessés à leur charge ; elles verraient diminuer dans de grandes proportions, en premier lieu, la période pendant laquelle elles sont assujetties à payer au blessé son demi-salaire, et, en second lieu, la quotité de l'indemnité ou de la rente à lui servir, une fois obtenue la consolidation de la blessure ; elles se rendraient compte de la justesse de l'observation du Président de l'Office Impérial allemand des Assurances contre les accidents du travail, constatant que la proportion des blessés dont le traitement dépassait vingt semaines était tombée de 50 à 20 %, dès les premiers essais, en 1892, et l'on sait quels progrès ont été réalisés, depuis cette époque lointaine, en cinésithérapie générale et en mécanothérapie en particulier !

*
* *

Dans un rapport au Congrès médical international des Accidents du travail, à Liège, en 1905, nous avons publié, rédigées d'une façon sommaire, quelques-unes des observations les plus intéressantes de notre Statistique de l'Institut de Mécanothérapie de Paris. Aujourd'hui, nous présentons une étude d'ensemble de cette Statistique, ayant pour but de montrer, dans une succession de tableaux, les résultats de l'application de la mécanothérapie aux suites d'accidents ; nous insistons notamment sur les différences qu'offrent ces résultats, tant pour l'efficacité plus ou moins grande du traitement, que pour sa durée plus ou moins longue, suivant que le blessé y est soumis de bonne heure, ou qu'il ne le commence que trop longtemps après l'accident.

Notre étude porte sur un millier de cas environ : c'est un nombre suffisant, nous semble-t-il, pour que l'on ne considère pas comme négligeables les déductions qui découlent des chiffres exposés. Malgré l'inexactitude fréquente et l'élasticité des statistiques, elles sont cependant utiles et instructives, et l'on n'ignore pas combien nombreuses sont les applications qui en ont été faites au point de vue scientifique, économique, etc... Elles servent de base à des calculs de probabilités, qui se rapprochent d'autant plus de la certitude, qu'elles portent sur des nombres plus considérables.

I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Fractures de la clavicule.

(28 cas.)

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut. (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS DU TRAITEMENT	
					Guérison	Amélioration
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins d'un mois* après l'accident.	8	3,8	5,3	9,1	7 (87 °/₀)	1 (13 °/₀)
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus d'un mois* après l'accident.	20	13,4	9.3	22,7	17 (85 °/₀)	3 (15 °/₀)

La fracture de la clavicule est un traumatisme qui, le plus souvent, guérit bien. Excepté dans les cas de fractures compliquées, ouvertes, ou lorsqu'il y a absence de consolidation, ou même simple retard dans la formation du cal osseux, etc... la guérison anatomique s'obtient facilement, souvent il est vrai, avec un cal vicieux, un chevauchement des fragments plus ou moins prononcé, mais qui n'entraîne que rarement l'impotence du membre. Quant à la réparation fonctionnelle, elle peut, dans la majorité des cas, être obtenue avec la même facilité, avec autant de rapidité que la réparation anatomique, si le traitement a été bien conduit, si l'on a, dès les premiers jours qui suivent l'accident, eu recours aux massages et fait exécuter au membre quelques mouvements passifs, légers d'abord, puis de plus en plus étendus, suivant une progression lente et régulière. C'est la méthode aujourd'hui généralement adoptée et l'on évite ainsi les suites, parfois interminables, d'une fracture le plus souvent peu grave. C'est pour cela que nous voyons de moins en moins des blessés de cette nature à notre

Institut; ceux qui nous sont envoyés aujourd'hui sont des blessés qui ont été traités de toute autre façon que celle que nous venons d'indiquer. Soit par suite de complications, soit par suite de négligence de la part du blessé, ou manque de surveillance, ils se trouvent, une fois guéris de leur fracture, dans l'impossibilité de faire usage du membre. L'immobilisation prolongée à laquelle ils ont été soumis a eu pour conséquence de l'atrophie musculaire, une raideur de l'articulation de l'épaule plus ou moins considérable, allant parfois jusqu'à l'ankylose et s'étendant même aux articulations du coude, du poignet et de la main. Tels sont la plupart des vingt-huit cas que nous relevons sur notre statistique et qui figurent sur le tableau ci-dessus.

Nous y voyons que huit blessés ont été soumis à la mobilisation méthodique — base de notre traitement — en moyenne un mois après l'accident — exactement trois semaines — c'est-à-dire, que l'on a constaté que la consolidation osseuse étant presque achevée, le blessé était dans l'impossibilité de faire usage du membre supérieur correspondant; c'était un peu tard déjà: pourtant, la guérison a été obtenue en cinq semaines (5,3) chez tous, sauf un, qui a dû cesser prématurément le traitement.

La seconde catégorie comprend 20 blessés, qui n'ont eu recours que beaucoup plus tard à la mécanothérapie, quelques-uns, six, sept et huit mois après l'accident, le plus grand nombre après trois mois — exactement 13 semaines 4, en moyenne. Les conditions ici ne sont plus les mêmes; le traitement demandera nécessairement beaucoup plus de temps : le tableau nous montre, en effet, que la durée moyenne du traitement, qui était chez les blessés de la première catégorie de 5 semaines 3, est pour ceux-ci de plus de 9 semaines (9,3). Le traitement n'en a pas moins eu un résultat très favorable pour le plus grand nombre, puisqu'il a été suivi de guérisons dans 17 cas, sur 20. Mais, si l'on calcule quelle a été la durée totale de l'indisponibilité pour ces blessés, depuis le jour de l'accident jusqu'à celui de la terminaison du traitement, on trouve une moyenne de plus de 22 semaines, soit cinq mois et demi; alors que, pour ceux qui ont été soumis de bonne heure au traitement, la durée totale de l'indisponibilité a à peine dépassé deux mois (9 semaines).

Traumatisme de l'épaule.

(176 cas.)

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS DU TRAITEMENT		
					Guérison	Amélioration	Même état
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins d'un mois* après l'accident.	69	2,7	6,4	9,1	64 92,7 °/o	5 (7,2 °/o)	»
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus d'un mois* après l'accident.	107	15,7	10,0	25,7	69 64,5 °/o	37 34,5 °/o	1 (0,9 °/o)

Sur 176 blessés traités pour les suites d'un traumatisme de l'épaule, (74 cas de luxation, 8 cas de fracture de l'acromion ou du col de l'humérus et 94 cas de contusion violente), il en est 69 qui ont commencé leur traitement à l'Institut de Mécanothérapie quatre semaines au plus tard après l'accident, et 107 qui ne nous ont été adressés que plus d'un mois après l'accident, parfois 6 et 8 mois plus tard! Or, les résultats constatés chez les blessés à l'issue du traitement, sont fort différents, selon qu'ils appartiennent à l'une ou à l'autre de ces deux catégories.

Les premiers ont commencé leur traitement en moyenne deux semaines et demie après l'accident, exactement, 2,7; la durée moyenne de leur traitement a été de six semaines et demie environ, exactement 6, 4.

Pour ceux de la seconde catégorie, le temps qui s'est écoulé entre l'accident et le début du traitement à l'Institut de Mécanothérapie, a été de quatre mois environ, exactement 16 semaines 7. Ce traitement a demandé chez ces blessés beaucoup plus de temps que chez ceux de la première catégorie : 10 semaines en moyenne, c'est-à-dire deux mois et demi, au lieu de six semaines.

En outre, les résultats chez ces derniers ont été moins satisfaisants

que chez ceux de la première catégorie : en effet, les 69 blessés de la première catégorie ont donné 92,7 0/0 de guérisons et 7,2 0/0 d'améliorations, tandis que ceux de la seconde catégorie ont donné 64,5 0/0 seulement de guérisons et 34,5 pour cent d'améliorations; chez l'un d'eux l'état est resté stationnaire.

Fractures de l'humérus.

(37 cas.)

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS DU TRAITEMENT	
					Guérison	Amélioration
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins de deux mois* après l'accident.	14	6,4	7,9	14,3	11 (79 °/o)	3 (21 °/o)
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus de deux mois* après l'accident.	23	19,1	10,8	29,9	17 (73 °/o)	6 (26 °/o)

Ce tableau s'applique à 37 cas de fractures de la diaphyse de l'humérus, sur lesquels 14 nous ont été adressés moins de deux mois — six semaines et demie en moyenne — après l'accident ; deux mois de traitement à peine par la mobilisation méthodique, les massages et l'électricité ont suffi pour les remettre en état. Trois d'entre eux, il est vrai, nous ont quitté non guéris, seulement améliorés : l'un ayant cessé le traitement prématurément, les deux autres étant atteints, le premier de paralysie radiale, le second de paralysie du nerf cubital — l'état de ces deux derniers réclamant une intervention opératoire.

Vingt-trois autres blessés n'ont commencé leur traitement que plus de deux mois après l'accident, soit plusieurs semaines après qu'avait été obtenue la consolidation de la fracture, c'est-à-dire trop tard —

quelques-uns même plus tard encore, six, sept, et huit mois après leur accident. Chez plusieurs, il est vrai, ce retard prolongé se justifiait par une blessure particulièrement grave, une fracture compliquée, etc... mais, pour le plus grand nombre, il n'y avait d'autre cause qu'une négligence coupable. C'est ainsi que la moyenne du temps écoulé entre la date de la blessure et le début de notre traitement, est, pour ces blessés, de près de cinq mois ! Malgré cela, la guérison a été le résultat du traitement dans 73 % des cas ainsi traités; mais que de temps perdu ! Les blessés de la première catégorie, en effet, ont été en état de travailler trois mois et demi en moyenne après l'accident, tandis que pour ceux de la seconde, l'interruption de travail atteint une moyenne de sept mois et demi.

Ces résultats ne sont-ils pas à opposer à ceux que relate LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dans son journal de médecine et de chirurgie pratiques (1901, p. 358.) L'éminent chirurgien présente, en effet, à l'Académie de médecine, des blessés atteints de fracture de l'humérus, traités par le massage, sans immobilisation, dont la réparation était obtenue en un mois, de telle façon que le membre était absolument souple, régulier et propre à toutes ses fonctions habituelles.

Fractures du coude.

(25 cas.)

Ces fractures empruntent un caractère spécial de gravité à leur siège, dans une articulation particulièrement anfractueuse et compliquée (fractures intra-articulaires), ou même au voisinage de cette articulation (fractures juxta-articulaires); — ces dernières s'accompagnent souvent de traits fissuraires, qui pénètrent jusqu'à l'articulation : nous les avons jointes aux premières, sous la dénomination de fractures du coude. On doit porter sur leurs conséquences, au point de vue fonctionnel, un pronostic toujours réservé, surtout si l'on ne leur a pas appliqué le traitement qui prévient le plus souvent l'ankylose et l'atrophie musculaire, c'est-à-dire les massages, une mobilisation précoce et l'électrisation.

On a raillé l'ankylophobie de GOSSELIN, qui, à une époque où l'immobilisation plus ou moins prolongée de tout membre fracturé était de règle, préconisait massages et mobilisation pour les fractures du coude; combien il avait raison ! C'est ici en effet que, plus que partout ailleurs, l'on peut attendre de cette thérapeutique des résultats

avantageux. Cependant tous ne l'admettent pas et c'est pour cela que quelques semaines, parfois plusieurs mois après l'accident, nous recevons des blessés porteurs d'un coude en état d'ankylose plus ou moins complète, le plus souvent en demi-flexion, mais quelquefois aussi en complète extension. Ces ankyloses sont très difficiles à rompre, d'autant plus difficiles, cela va de soi, qu'elles sont plus anciennes ; car il est à noter que, parmi nos blessés, il en est dont le traumatisme remontait à cinq et six mois. Aussi les résultats du traitement mécanothérapique ne sont-ils pas aussi satisfaisants que ceux que nous avons obtenus pour la plupart des autres blessures, ainsi qu'en témoigne le tableau ci-dessous :

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS DU TRAITEMENT	
					Guérison	Amélioration
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins de deux mois* après l'accident.	10	6,4	7,3	13,7	5 50 °/₀	5 (50 °/₀)
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus de deux mois* après l'accident.	15	18.1	11,0	29,1	2 (13 °/₀)	13 (86 °/₀)

On voit que dans les cas les plus favorables, c'est-à-dire ceux dont l'accident ne date pas de plus de deux mois — six semaines et demie en moyenne — nous n'obtenons que 50 °/₀ de guérisons, contre un chiffre égal d'améliorations plus ou moins prononcées.

Quant aux blessés plus anciens, pour lesquels le traumatisme remontait en moyenne à quatre mois et demi, la guérison complète devient l'exception : 13 °/₀ de guéris, contre 86 pour cent d'améliorés, après un traitement d'une durée moyenne de près de trois mois (onze semaines).

Quoiqu'il en soit, on a toujours avantage, même dans les cas en

apparence les plus désespérés, lorsqu'il n'y a pas ankylose osseuse, à faire suivre à ces blessés un traitement mécanothérapique, avec massages et électricité, en y ajoutant, parfois aussi, les bains locaux de chaleur radiante, *bains Dowsing*, qui activent la vitalité du membre et contribuent à ramener un peu de souplesse et d'élasticité dans les tissus fibreux enraidis. Aucun de ces blessés ne nous a quittés dans l'étatoù il nous était arrivé ; chez tous il y a eu amélioration à des degrés divers. Si faible soit cette amélioration, elle n'est pas à négliger. Il est hors de doute qu'un coude en état d'ankylose à peu près complète, auquel on arrive à restituer une certaine étendue de mouvements, ne fut-elle que de 20 à 30° — et ce sont nos cas les plus défavorables — récupère, par cela même, une aptitude fonctionnelle notable, et, la perte de la capacité du travail, qui pouvait atteindre 40 à 50 %, se trouve ainsi réduite, après le traitement, à un chiffre beaucoup moins élevé.

Fractures de l'avant-bras.

(123 *cas*).

Nous relevons sur notre statistique 123 cas de fractures de l'avant-bras, fractures simples où compliquées — ces dernières en nombre assez élevé — fractures d'un seul ou de deux os, siégeant sur la diaphyse ou sur l'épiphyse inférieure ; celles de l'extrémité supérieure du radius ou du cubitus, notamment celles de l'olecrâne, ont été comprises dans les fractures du coude.

Les fractures simples du radius ou du cubitus, particulièrement celles si fréquentes de l'extrémité inférieure du radius, guérissent aujourd'hui, dans la majorité des cas, de façon sûre et rapide, si on leur applique le traitement adopté maintenant par le plus grand nombre des chirurgiens, nous voulons dire le massage et la mobilisation, pratiqués de la manière prudente, méthodique, raisonnée qu'indique le Dr Lucas-Championnière. A ce sujet, on lira avec intérêt et surtout avec fruit, les quelques pages que le Maître consacre dans *la Médecine des Accidents du Travail*, à la thérapeutique des fractures de l'extrémité inférieure du radius (1).

Nous voyons donc fort peu de ces cas à notre Institut : les médecins traitants se contentent d'associer au massage une simple mobilisation manuelle ; mais celle-ci parfois ne suffit pas. De toutes façons d'ailleurs,

---

(1) Voir la *Médecine des Accidents du Travail*, novembre 1908.

il y aurait avantage, pour le blessé, à ce que, dès les premiers jours de la troisième semaine, il fût soumis à des exercices prudents et modérés de mécanothérapie passive.

Les cas qui nous sont confiés le plus souvent, sont des fractures compliquées, des fractures à consolidation retardées ou à cal vicieux, ou bien des fractures simples trop longtemps immobilisées, et ces blessés nous arrivent en état d'ankylose plus ou moins complète, avec des atrophies musculaires considérables.

*
* *

Ainsi que nous l'avons fait jusqu'ici, nous diviserons ces blessés en

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS DU TRAITEMENT		
					Guérison	Amélioration	Même éta
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins de deux mois* après l'accident.	62	5,3	7,0	12,3	52 (83 °/o)	10 (16 °/o	»
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus de deux mois* après l'accident.	61	16,3	9,8	26,1	34 (55 °/o)	26 43 °/o)	1

deux catégories, de façon à montrer clairement, une fois de plus, le grand avantage qu'il y a à entreprendre de bonne heure le traitement mécanothérapique.

Dans la première catégorie, nous avons 62 blessés, qui ont commencé leur traitement moins de deux mois après l'accident, cinq semaines en moyenne ; c'était déjà trop tard pour beaucoup d'entre eux et il n'y a, dans ce nombre, que fort peu de cas récents.

La seconde catégorie comprend 61 blessés, qui ont commencé leur

traitement plus de deux mois après l'accident; quelques-uns ne nous ont été adressés que six, huit et dix mois après ; quatre mois, en moyenne, s'étaient écoulés depuis le jour où ils avaient été blessés. De là des différences notables dans la durée du traitement de ces deux catégories et dans les résultats obtenus.

Au point de vue de la durée du traitement, nous voyons que sept semaines, en moyenne, de mécanothérapie, ont amené la guérison chez plus du huit dixième des malades de la première catégorie. Pour les retardataires (blessés de la deuxième catégorie), il a fallu, en moyenne, près de dix semaines pour obtenir un moins bon résultat. En effet, les premiers nous ont donné 83 % de guérisons et 16 % d'améliorations, tandis que les seconds n'ont donné que 55 % de guérisons et 43 % d'améliorations ; — le résultat a été nul chez un de ces malades, dont la blessure remontait à sept mois.

Si l'on calcule la durée de l'indisponibilité totale, c'est-à-dire le laps de temps écoulé entre le jour de l'accident et celui de la guérison, ou bien de la consolidation de la blessure, on voit que l'indisponibilité a été de trois mois, en moyenne, pour les 62 blessés de la première catégorie, et de plus du double, six mois et demi, en moyenne, pour les 61 blessés de la seconde catégorie.

Ces chiffres sont éloquents et montrent combien les Compagnies d'Assurances ont intérêt à faire entreprendre le traitement mécanothérapique à leurs blessés le plus tôt possible.

Si l'on fait les mêmes recherches à l'égard des blessés ayant commencé le traitement dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire quinze jours, trois semaines au plus tard après l'accident, les résultats sont encore plus heureux. Parmi nos blessés de la première catégorie, nous en relevons douze qui étaient dans ces conditions : chez tous, sauf un, qui a interrompu le traitement prématurément, pour cause d'éthylisme, la guérison complète a été obtenue et celle-ci n'a pas demandé plus de cinq semaines de traitement, quelquefois moins, de sorte que tous ces malades reprenaient leur travail sept semaines après l'accident.

Entorse du poignet.

(26 *cas.*)

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS DU TRAITEMENT	
					Guérison	Amélioration
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins d'un mois* après l'accident.	12	2,4	3,5	5,9	11 (91 °/o)	1 (8 °/o)
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus d'un mois* après l'accident.	14	12,2	6,9	19,1	5 (35 °/o)	9 64 °/o

L'étude des 26 cas d'entorse du poignet, classés dans le tableau ci-dessus, de la même façon que les divers traumatismes dont nous nous sommes occupés, nous amène aux mêmes conclusions que pour les fractures de l'avant-bras; il ne nous paraît pas nécessaire de nous y étendre aussi longuement.

Nous voyons, d'une part, 12 cas traités moins d'un mois (deux semaines et demi en moyenne) après l'accident et guéris après trois semaines et demie de traitement; un seul est sorti par amélioration au bout d'un mois. Si la guérison n'a pas été complète chez ce blessé, c'est parce qu'il est venu nous trouver, un mois après l'accident, ayant le poignet dans un état d'ankylose très avancé, à la suite d'une immobilisation de trois semaines dans un appareil plâtré : on avait soupçonné une fracture du radius. En présence d'une semblable ankylose, il eût été nécessaire que nous prolongions plus longtemps le traitement; mais le blessé nous a été retiré. A ce propos, nous ferons observer qu'il n'existe aucun cas de fracture du radius, parmi ces blessés classés sous la rubrique « entorse du poignet », attendu que tous nos blessés sont, à leur entrée à l'Institut, soumis à la radioscopie : une fracture ne nous eût pas échappé, si toutefois nous ne l'avions pas reconnue à l'examen clinique.

Nous l'avons dit maintes fois, la guérison est obtenue d'autant plus

rapidement, que le traitement est commencé plus tôt : dans tous ces cas d'entorse simple du poignet, c'est dès le lendemain qu'on eût dû appliquer les massages et la mécanothérapique et, en dix ou quinze jours, la plupart de ces blessés eussent été en état de reprendre leur travail.

Dans la seconde catégorie, nous trouvons 14 blessés, qui nous ont été adressés trois mois, en moyenne, après leur accident; pour ceux-ci, les résultats sont tout différents : au lieu de les mener tous, ou presque tous, à la guérison, nous n'obtenons que 35 °/₀ de guérisons, avec 64 °/₀ d'améliorations, et la durée du traitement a été à peu près le double de ce qu'elle a été pour les blessés de la première catégorie — de sorte que l'indisponibilité totale, c'est-à-dire le temps écoulé depuis le jour de l'accident, jusqu'à celui de la consolidation de la blessure, a atteint près de cinq mois, chez les blessés de la deuxième catégorie, alors qu'elle n'a été que de six semaines, chez les blessés soumis hâtivement au traitement.

Traumatismes des doigts.

(*321 cas.*)

Il s'agit ici de blessures très variées (plaies diverses, écrasements, arrachements, phlegmons, fractures, luxations, etc...); aussi nous bornons-nous à donner les résultats et la durée du traitement, ainsi que celles de l'indisponibilité totale.

NOMBRE des blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS		
				Guérison	Amélioration	Même état
321	11,4	6,6	18	160 (39,8 °/₀)	145 (45,1 °/₀)	16 (4.9 °/₀)

A noter ici le faible nombre des guérisons et le chiffre relativement élevé des blessés qui n'ont retiré aucun bénéfice du traitement, n'ayant été adressés que trois mois, en moyenne, après l'accident. Nous devons signaler aussi la grande difficulté, la presque impossibilité de rompre certaines ankyloses des doigts, lorsqu'elles sont très anciennes — dans le doigt à ressort, par exemple — de rendre l'élasticité à des tissus bridés par des cicatrices plus ou moins profondes, à la suite de phlegmons, de brûlures et autres traumatismes infectieux.

II. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

Fractures de cuisse.

(27 *cas*).

Nous devons faire remarquer que le tableau ci-dessous ne comprend que les fractures de la diaphyse ou de l'extrémité inférieure du fémur; les fractures du col n'y figurent pas.

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS		
					Guérison	Amélioration	Même état
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins de trois mois* après l'accident.	10	12	9,8	21,8	9 (90 °/o)	1 (10 °/o)	»
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus de trois mois* après l'accident.	17	28,4	8,6	37,	9 (53 °/o)	7 (41 °/o)	1 (6 °/o)

Ce tableau est intéressant par les résultats, qui diffèrent notablement, selon que les blessés ont été soumis au traitement mécanothérapique peu de temps après la consolidation de la fracture, ou beaucoup plus tard. Dans le premier cas, nous constatons 90 °/o de guérisons ; dans le second, 53 °/o seulement.

Quant à la durée du traitement, elle a été, chez les premiers, de deux mois et demi en moyenne ; chez les blessés venus plus tardivement, la moyenne de la durée du traitement est moins élevée, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire. La cause de cette apparente contradiction, est dans l'interruption prématurée du traitement chez un certain nombre d'entre eux, pour lesquels deux ou trois semaines de mécanothérapie ont permis de reconnaître que leur état était définitif, n'était

plus susceptible d'amélioration. Quelques-uns avaient été blessés six, huit ou dix mois avant; s'ils avaient été soumis à la mécanothérapie beaucoup plus tôt, les résultats eussent été tout autres. C'est ainsi que les premiers ont été remis en état de travailler, cinq mois en moyenne après leur accident, tandis que les seconds n'ont obtenu que beaucoup plus tard, neuf mois après l'accident, la consolidation de leur blessure.

Fractures de la rotule.

(*15 cas.*)

NOMBRE des blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS		
				Guérison	Amélioration	Même état
15	18	7,4	25,4	5 (33 °/₀)	9 (60 °/₀)	1 (6,6 °/₀)

Peu nombreux sont les cas de fracture de la rotule que nous avons eus en traitement; ils nous ont donné un tiers de guérisons, proportion assez faible, qui ne doit pas surprendre, si l'on considère que, sur ces quinze cas, dix seulement ont été traités par la suture ou le cerclage; les cinq autres cas présentaient un cal fibreux plus ou moins allongé et dont, a priori, on ne pouvait espérer un résultat aussi favorable. L'effet du traitement pour ces cinq blessés à cal fibreux, a été le suivant : une guérison, trois améliorations et un état stationnaire pour cause d'insuffisance de durée du traitement. Au contraire, les dix suturés nous ont fourni quatre guérisons et six améliorations; encore nous faut-il faire observer que sur ces six blessés, qui n'ont retiré du traitement qu'une amélioration plus ou moins grande, quatre n'avaient commencé la mécanothérapie que beaucoup trop tard, six mois en moyenne après l'accident.

Arthrites, entorses et contusions du genou.

(68 cas).

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DUREE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'institut (semaines)	RÉSULTATS DU TRAITEMENT	
					Guérison	Amélioration
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins de deux mois* après l'accident.	30	4,8	6,5	11,3	26 (86,6 °/₀)	4 (13,3 °/₀)
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus de deux mois* après l'accident.	38	21,0	8,3	29,3	24 (63,1 °/₀)	14 (36,3 °/₀)

A l'examen de ce tableau, on est frappé tout d'abord par la grande différence qu'offrent entre eux les chiffres de la troisième colonne, chiffres qui indiquent la moyenne du temps écoulé entre l'accident et le début du traitement mécanothérapique : alors que les uns, près de la moitié de ces blessés, commencent leur traitement quatre semaines et demie en moyenne après l'accident, les autres ne nous sont adressés que 21 semaines, c'est-à-dire cinq mois après avoir été blessés.

Les traumatismes du genou sont souvent graves et, presque toujours, de longue durée, ce qui justifierait, dans une certaine mesure, un emploi aussi tardif de la mécanothérapie. Il est à remarquer, toutefois, que nous avons éliminé de cet ensemble de blessures, les fractures, celles de la rotule, comme celles des condyles du fémur ou du plateau tibial ; nous ne nous occupons ici que des contusions violentes, des entorses et des arthrites traumatiques.

Il faut, disons-nous, beaucoup de temps pour guérir ces affections ; mais combien la durée du traitement se trouve abrégée, lorsqu'on soumet de bonne heure cette articulation au traitement qui lui convient ! C'est ce que nous indique ce tableau statistique.

Les blessés de la première catégorie n'ont eu que onze semaines, c'est-à-dire un peu moins de trois mois d'indisponibilité totale (temps écoulé entre la date de l'accident et celle de la reprise du travail) ; ceux

de la deuxième catégorie, au contraire, ont eu sept mois et demi d'indisponibilité (29 semaines).

Ajoutons que chez les premiers, la guérison a été obtenue dans le plus grand nombre des cas (86 °/₀), tandis que chez les derniers nous n'enregistrons que 63 °/₀ de guérisons, avec 36 °/₀ d'améliorations.

Fractures de jambe.

(*68 cas*).

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS		
					Guérison	Amélioration	Même état
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins de trois mois* après l'accident.	22	9,3	7,0	16,3	19 (86,3 °/₀)	3 (13,6 °/₀)	»
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus de trois mois* après l'accident.	46	27,6	8,6	36,2	25 (54,3 °/₀)	20 (43,4 °/₀)	1 (2 °/₀)

De ce tableau ressortent à peu près les mêmes conclusions que celles que nous avons tirées des tableaux précédents, à savoir que plus tôt est entrepris le traitement mécanothérapique, moins ce traitement demande de temps — et meilleurs en sont les résultats. Sans doute, il n'y a là rien d'absolu : nous devons considérer que les 46 blessés qui ne nous ont été adressés que vingt-sept semaines en moyenne, c'est-à-dire près de sept mois, après l'accident, n'étaient pas tous atteints d'une fracture simple, dont la guérison anatomique pouvait être obtenue en six semaines ou deux mois mais qu'un certain nombre étaient porteurs de fractures compliquées, de fractures ouvertes, s'accompagnant de délabrements plus ou moins étendus, aggravés soit par quelque diathèse du sujet, soit par la nature même de la fracture, par son siège

à proximité d'une articulation, etc., toutes circonstances de nature à allonger le traitement, à retarder la réparation anatomique et, par conséquent, à éloigner le traitement mécanothérapique, c'est-à-dire la réparation fonctionnelle, celle-ci ne pouvant être entreprise qu'une fois la guérison anatomique achevée. Mais ce sont là des cas exceptionnels et, cette reserve faite, il faut convenir (les observations détaillées que nous prenons de chaque blessé et que nous conservons en font foi) que, pour la plupart de ces 46 blessés, le retard apporté par ceux qui ont charge de mener à bien leur guérison, qui ont même intérêt à ce que cette guérison soit aussi rapide que possible, il faut convenir que ce retard ne peut être attribué qu'à une négligence coupable, ou à une ignorance complète du moyen dont nous disposons aujourd'hui pour obtenir, de façon aussi parfaite que possible, la restauration fonctionnelle de ces accidents du travail. Et le tableau ci-contre en montre les résultats : 86 °/₀ de guérisons chez les blessés de la première catégorie, 54 °/₀ seulement chez ceux de la seconde ; — ajoutez à cela une moyenne de quatre mois d'indisponibilité totale pour les premiers, de neuf mois en moyenne pour les seconds, c'est-à-dire plus du double !

Entorses tibio-tarsiennes.

(*50 cas*).

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS DU TRAITEMENT	
					Guérison	Amélioration
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins de deux mois* après l'accident.	27	3,8	4,0	7,8	25 (92,5 °/₀)	2 (7,4 °/₀)
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus de deux mois* après l'accident.	23	21,3	8,2	29,5	10 (43,4 °/₀)	13 (56,5 °/₀)

Ce que nous venons d'avancer à propos des blessés de fractures de jambe, nous pourrions le répéter pour les entorses du pied; on en trouvera une nouvelle justification dans l'examen des chiffres inscrits dans le tableau ci-contre.

Traumatismes divers du pied.

(*54 cas*).

Le dernier tableau de cette statistique comprend les traumatismes divers du pied, auxquels nous avons eu à appliquer le traitement mécanothérapique, traumatismes atteignant le tarse, le métatarse, ou les orteils (fracture, écrasement, contusion violente, etc...)

Nous divisons ces 54 blessés en deux catégories, ainsi que nous l'avons fait habituellement, et nous voyons que les résultats sont à peu près identiques à ceux que nous avons constatés au cours de cette étude.

CATÉGORIES des blessés selon l'ancienneté du traumatisme	NOMBRE de blessés	MOYENNE du temps écoulé entre la date de l'accident et celle de l'entrée à l'Institut (semaines)	DURÉE MOYENNE du traitement mécanothérapique (semaines)	DURÉE MOYENNE de l'indisponibilité du jour de l'accident à celui de la sortie de l'Institut (semaines)	RÉSULTATS		
					Guérison	Amélioration	Même état
1° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *moins de deux mois* après l'accident.	22	5,3	5,0	10,3	21 (95,4 °/o)	1 (4,5 °/o)	»
2° Blessés ayant commencé le traitement mécanothérapique *plus de deux mois* après l'accident.	32	22,8	8,4	31,2	12 (37,5 °/o)	19 (59,3 °/o)	1 (3,1 °/o

Nous obtenons 95 °/o de guérisons chez les blessés de la première catégorie, avec un traitement de cinq semaines en moyenne; au contraire, malgré un traitement sensiblement plus long, la proportion des guérisons tombe à 37 °/o, chez les blessés qui ne nous ont été adressés que beaucoup plus tard.

CONCLUSIONS

Telle est la substance extraite d'un millier d'observations détaillées, rédigées avec la plus grande exactitude et conservées dans les archives de notre Institut.

Chaque blessé qui nous est adressé par les médecins traitants, les Compagnies d'Assurances, de chemins de fer, etc., est, à son arrivée, et avant de recommencer tout traitement, examiné avec le plus grand soin : on note sa profession, son âge, la date et la nature de l'accident dont il a été victime. Nous consignons, dans un paragraphe spécial, les commémoratifs se rapportant à sa blessure, les soins, les divers traitements dont il a été l'objet, notamment le temps pendant lequel le membre lésé a été immobilisé ; car les ankyloses, les raideurs articulaires, les amyotrophies, qui, le plus souvent, motivent l'envoi du blessé à l'Institut de Mécanothérapie, sont la conséquence d'une immobilisation trop longtemps prolongée. Il y aurait, à cet égard, une statistique intéressante à établir, qui montrerait le rapport existant entre la durée de l'immobilisation du membre et celle de l'indisponibilité du blessé. La partie la plus importante de l'observation se rapporte à l'état actuel du blessé, comprenant l'examen clinique, le radio-diagnostic et l'électro-diagnostic. Le rapport se termine par le pronostic et le traitement qu'il convient d'instituer, par exemple, les massages, les bains de chaleur, l'électricité à ajouter, s'il y a lieu, au traitement mécanothérapique. A la fin de chaque mois, un nouveau rapport constate les modifications survenues dans l'état du blessé, l'amélioration obtenue, les changements à apporter dans le traitement, etc., puis, finalement, on établit le rapport de sortie. Le rapport d'entrée, les rapports mensuels, le rapport de sortie sont adressés au médecin traitant, ou à la Compagnie, tenus ainsi au courant de l'état de leur blessé et de ses progrès.

*
* *

Nous nous sommes étendu un peu longuement sur la méthode employée dans la rédaction de nos observations, afin de montrer l'exactitude des chiffres sur lesquels repose cette statistique et, par suite, la valeur des déductions que l'on en peut tirer. Notre but est de mettre en lumière l'importance du traitement hâtif des suites d'une fracture, d'une luxation, d'une contusion — lequel n'est pas moins utile au blessé que le traitement de sa blessure elle-même, celui-ci comportant la réparation anatomique, celui-là ayant pour objet la réparation fonctionnelle.

Le blessé qui sort de l'hôpital guéri de sa fracture n'est pas en état de travailler : il faut auparavant rendre la souplesse à ses articulations, rétablir la circulation dans le membre et en stimuler la nutrition, réparer l'atrophie musculaire : c'est à quoi s'emploie la mécanothérapie, ai-

dée souvent du massage manuel, de l'électrisation et des bains d'air sec surchauffé (*bains Dowsing*). On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, tout le bénéfice que doivent retirer de ce traitement les blessés d'abord, puis leurs patrons, le membre recouvrant rapidement ses fonctions et la diminution de la capacité de travail se trouvant réduite au minimum ; mais ce qui échappe encore à nombre de personnes s'occupant des accidents du travail, c'est le grand avantage qu'il y a à soumettre le blessé à la mécanothérapie *le plus tôt possible*, à ce que la réparation fonctionnelle suive immédiatement la réparation anatomique. Ce travail de statistique le démontre d'une façon évidente : quelle que soit la nature de la blessure, quel que soit le membre atteint, toujours le rétablissement des fonctions est d'autant plus complet et d'autant plus rapide que le traitement mécanothérapique a été commencé plus tôt.

*
* *

Nous ne saurions mieux faire, pour corroborer notre opinion, que de citer, au sujet de l'application hâtive de la mécanothérapie, cette appréciation de deux auteurs, dont la compétence est connue de tous dans les accidents du travail. MM. les Prof. FORGUE. et JEANBRAU s'expriment ainsi : « A quel moment commencer le traitement mécanothé-
« rapique? Point important, qui influera sur les résultats et aussi sur
« la rapidité des résultats : il faut envoyer le blessé à la mécanothéra-
« pie dès que sa blessure est *réparée anatomiquement*. Donc, dès que le
« cal d'une fracture est solide, dès qu'une plaie est cicatrisée, dès que
« les phénomènes douloureux aigus ont disparu, dans la plupart des
« traumatismes, il faut appliquer le traitement. Ce n'est pas là une
« idée nouvelle : LUCAS-CHAMPIONNIÈRE la défend depuis longtemps, en
« conseillant de masser légèrement les fractures sans déplacement, dès
« le premier jour. La doctrine de CHAMPIONNIÈRE, « le mouvement,
« c'est la vie », est donc appliquée par la mécanothérapie aussitôt que
« la réparation anatomique d'une blessure le permet.

« Les fractures de la partie inférieure de l'humérus, les luxations de
« l'épaule doivent être traitées plutôt, vers le cinquème jour. Les frac-
« tures de la clavicule et de l'omoplate doivent être massées et mobi-
« lisées presque immédiatement. Les fractures des doigts (phalanges)
« de la main (métacarpiens, os du carpe), de l'avant-bras (radius)
« peuvent être soumises au traitement dès la première semaine » (1).

A une parole si autorisée nous ne saurions rien ajouter si ce n'est que nous sommes heureux de mettre à l'appui de cette proposition les résultats de notre statistique.

---

(1) *Guide du Médecin dans les Accidents du Travail*, leurs suites médicales et judiciaires, par les Prof. FORGUE et JEANBRAU, de la Faculté de Montpellier, p. 79.